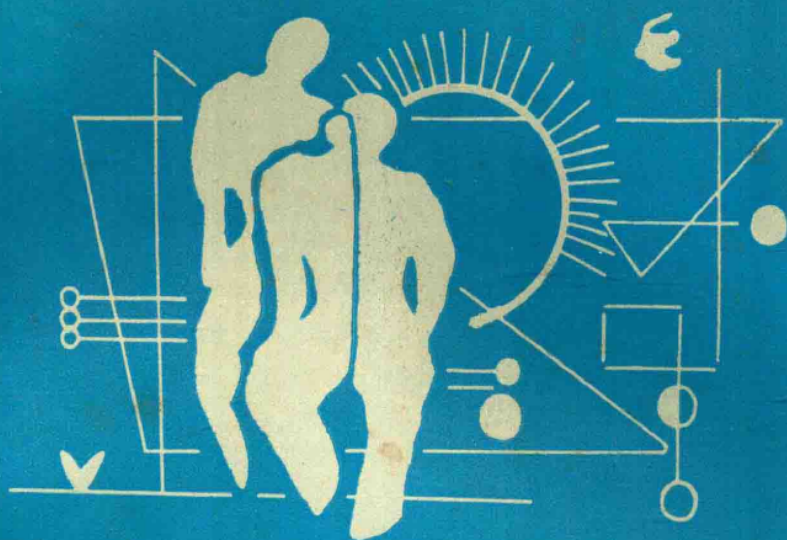




CHUJIWEISHENGBAOJIAN

主编 朱家敏 严启之 袁伟炯

# 初级卫生保健

第 二 版

中国医药科技出版社

# 初 级 卫 生 保 健

第 二 版

|               |     |     |     |     |
|---------------|-----|-----|-----|-----|
| 主 编           | 朱家敏 | 严启之 | 袁伟炯 |     |
| 副主编           | 任光圆 | 杨 敬 | 朱定昌 | 郑文学 |
| 主 审           | 洪立昌 | 李彩霞 |     |     |
| 编 委 (按姓氏笔划为序) |     |     |     |     |
|               | 王录昌 | 任光圆 | 朱定昌 | 朱家敏 |
|               | 严启之 | 严钟慧 | 邵祥珍 | 张孟华 |
|               | 杨 敬 | 郑文学 | 袁伟炯 | 钱自强 |
|               | 高 榕 | 高越明 |     |     |

中 国 医 药 科 技 出 版 社

## 内 容 提 要

本书系浙江省卫生厅组织编写的中等卫生学校初级卫生保健(PHC)教材。全书分上、下两篇,共32章。上篇10章,为PHC基本理论;下篇22章,为PHC实践。

本书理论与实践相结合,侧重于PHC现场教学,系统地介绍PHC基本概念、内容和评价指标,注重反映大卫生观点、医学模式转变等先进的科学保健思想,具有实用性和可操作性等特点。是一本供中等卫校、职工中等卫校和中等医学自学考试各专业通用的PHC教材,也是社区医学、预防医学、妇幼医学等专业社区保健实习用书,还可作干部培训和基层卫生人员及PHC工作人员参考用书。

## 初 级 卫 生 保 健

主编 朱家敏 严启之 袁伟炯

\*

中国医药科技出版社 出版发行

(北京西直门外北礼士路甲38号)

上虞市丰惠印刷厂印刷

\*

开本787×1092mm 1/16 印张14

字数354千字 印数14500—19500

1994年4月第2版 1994年4月第2次印刷

ISBN7-5067-0440-4/R·0380

登记证号:(京)075号 定价:8.00元

# 编写说明

《初级卫生保健》是浙江省卫生厅组织浙江省中等卫生学校教学管理组和预防医学学校际教研组编写的供中等卫生学校、职工中等卫生学校、中等医学自学考试各专业使用的初级卫生保健(PHC)教材,也可供干部培训和基层卫生人员、PHC工作人员使用。

教材内容分上下两篇。上篇为PHC基本知识,是参照浙江省PHC技术研讨会资料编写的,其中选用了戴迪厅长、朱敖荣教授、喻华芝副厅长、沈世竑处长以及孙敏、高翔等本省PHC工作专家和领导讲稿的部分内容。下篇为初级卫生保健实践,按实习指导形式编写,是以省卫校和绍兴、金华、嘉兴等卫校的高讲、讲师为主负责编写的。王绪鳌副厅长为本书写了序。

在教材编写过程中,省卫生厅PHC办公室沈世竑、孙敏、高翔等同志参与了教材的审稿并提出了许多指导性意见;绍兴卫校章中春副教授和省卫校朱金元校长对教材编写给予了具体指导和大力支持,在此,我们表示衷心感谢。

初级卫生保健是医学教育改革中新增设的课程,由于我们PHC实践经验和理论水平有限,本教材难免有不少缺点和错误,恳切希望广大读者批评指正。

《初级卫生保健》编写组

一九九二年四月

## 第二版说明

本书自1992年9月出版后,已在浙江省部分中等卫校试用一年多,对学生进行PHC教育,增强PHC意识,提高PHC实践能力,起到了较好的作用。

为了适应卫生部颁发的新教学计划和《初级卫生保健》实践和教学需要,结合使用经验,根据卫生部颁发的《中国农村实现“2000年人人享有卫生保健”普及阶段指标及评价指标》及农村卫生事业发展现状,对第一版进行了一定的修改。在修订过程中,浙江省卫生厅沈世竑处长、舟山卫校程徐遂高级讲师、温州卫校刘福康高级讲师、嘉兴卫校王兰芬高级讲师等提出了具体的修订意见,中国医药科技出版社热情支持本教材的再版;还有许多同志为本教材再版付出了辛勤劳动,在此一并致以衷心感谢。

由于修订时间仓促,并限于水平,谬误难免,敬请读者提出宝贵意见。

《初级卫生保健》教材编写组

一九九四年四月

## 编写人员名单

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 王宏达 | 石富娟 | 朱家敏 |
| 朱定昌 | 阮 萍 | 乔 宏 |
| 任光圆 | 任东扬 | 孙 立 |
| 严启之 | 严钟慧 | 李彩霞 |
| 杨 敬 | 郑文学 | 洪荣标 |
| 洪雅蓉 | 张庆利 | 姚 群 |
| 俞爱月 | 俞雅萍 | 洪立昌 |
| 袁伟炯 | 徐晓青 | 黄丹文 |
| 屠清安 | 蔡 欣 | 陈浴民 |

## 序

“2000年人人享有卫生保健”(HFA/2000)是世界卫生组织提出的全球战略目标,实施初级卫生保健是实现这一目标的关键。我国政府为实现HFA这一战略目标已经采取一系列强有力的措施,最近又把HFA纳入了我国国民经济和社会发展“八五”计划和十年规划,作为各级政府和全社会的共同目标,努力为之奋斗。

初级卫生保健(PHC)已经成为世界各国开展卫生工作的指导原则和方向。中等卫生学校主要培养的是适用于农村和基层的实用型中等医学专门人才,这类人才的数量和质量都将直接关系到HFA全球战略目标在我国实现的程度。因此中等卫校应把为实施PHC培养人才,作为医学教育改革的一项重要任务。

随着我国农村PHC工作的开展,本省各中等卫生学校积极组织师生认真学习PHC知识,面向农村,开展社会调查,主动参与PHC实践,努力进行医学教育改革的探索。早在1989年12月浙江省中等卫生学校教学管理会议上就提出要在医士专业中安排农村基层卫生保健实习,并经浙江省卫生厅同意已把基层卫生保健实习列入全省统一的毕业实习计划。1990年以来,绍兴、金华、嘉兴、衢州等卫生学校,先后在农村建立了社区卫生保健实习基地,开展PHC教学活动,积累了一定的教学经验。1991年12月浙江省卫生厅在绍兴召开全省PHC教学研讨会,正式决定要对中等卫生学校进行PHC知识教育,并且确定医士、卫生医士、妇幼医士等专业学生在毕业实习期间要安排PHC实习,委托省中等卫生学校教学管理组,会同预防医学校际教研组,组织部分有一定PHC理论水平和实践经验的教师和管理干部,编写供本省中等卫校统一使用的《PHC》教材。这本教材分上、下两篇,上篇为PHC基本理论,主要是PHC管理知识;下篇为PHC实践,着重对学生参与乡、村PHC实践的实习指导。

PHC是一项复杂的系统工程,是一门社会医学、预防医学和临床医学相结合的边缘性交叉学科。一本三十余万字的教材,虽然只能是PHC基本内容的介绍,但是,它是一本适用于以现场实践学习活动为主的PHC教学用书,不仅可作为中等卫生学校的教材,也可作为基层在职医务人员、PHC干部自学和培训课本。它将有助于读者开拓思路,扩大知识面,增强预防意识,树立大卫生观念,培养为社区人民健康服务的献身精神和开展社区卫生保健工作的能力,能更好地适应城乡卫生保健工作的需要。当然要实现预期的教学目标,尚须广大教师和学生的共同努力,并在教学实践中不断探索,不断完善。

浙江省卫生厅 王绪璩

一九九二年四月

# 前 言

在我国实施初级卫生保健是一件具有深远意义的大事，是11亿人口的中国对世界卫生挑战的应战，是发展农村社会经济和农村卫生保健事业的综合途径，是建设具有中国特色的社会主义卫生事业的组成部分。实施初级卫生保健，医学教育必须先行。但由于历史的原因以及人口、经济、文化、医学科学技术、卫生事业管理等方面的因素，目前农村卫生服务项目、技术力量还满足不了广大农民日益增长的需求。因此，培养大量的“实用型”中等卫生技术人才，在实施初级卫生保健工作中具有特殊的意义。

世界卫生组织提出2000年人人享有卫生保健。人民对医疗预防保健的需求，不仅要求防治疾病，而且更加注意预防疾病和增进健康。这给中等医学教育和管理工作者提出了较高层次的要求。对现行的中专教育思想、教育内容、教学方法必须进行改革，调整中专“实用型”人才的知识结构，改善培养中等卫技人才的模式，使之适应农村医疗和预防保健工作的需要，培养出的卫生技术人才，不仅掌握理论知识，而且有较强的实践技能；不但会治疗，而且还会预防，会作人群卫生工作。因此，各学校先后在农村和社区建立初级卫生保健实习基地，组织学生参加实践，树立为初级卫生保健服务的责任感和为社区人民健康服务的献身精神，使学生毕业后能更好地适应农村基层卫生机构工作。而课程设置是培养目标的具体化，课程结构应当改革，增设初级卫生保健的专题教育迫在眉睫。为此，浙江省卫生厅邀集了浙江省中等卫生学校教学管理组和预防医学校际教研组具有一定初级卫生保健理论水平和实践经验的教师，编写了《初级卫生保健》这本教材，供全省中等卫生学校统一使用。

“教材”遵循党的教育方针和卫生工作方针，注重贯彻理论联系实际的原则，介绍了初级卫生保健的基本知识，提出了初级卫生保健实习的目的和要求。由于各校不同的专业都有自身的特点，教学内容也各有侧重，在教学实践中发现问题应及时反馈，使教材日臻完善。

实现2000年人人享有卫生保健为目标的发展和改革当前医学教育的策略，已是面向二十一世纪世界医学教育改革共同趋势。积极推动教育改革，使医学教育同卫生服务的需要结合起来，更好发挥中等医学教育的特色和优势，培养足够数量的、质量合格的中等卫技人才，必将促进我国初级卫生保健事业的进一步发展，为实现“2000年人人享有卫生保健”的全球目标发挥积极作用。

浙江省卫生厅科教处

一九九二年四月

# 目 录

## 上 篇 初级卫生保健基本理论

|                                    |        |
|------------------------------------|--------|
| 第一章 绪论 .....                       | ( 1 )  |
| 第一节 PHC的定义、研究对象和任务 .....           | ( 1 )  |
| 第二节 HFA产生背景与我国卫生工作方针 .....         | ( 3 )  |
| 第三节 PHC课程内容和学习意义 .....             | ( 5 )  |
| 第二章 初级卫生保健的基本原则和内容 .....           | ( 9 )  |
| 第一节 PHC的特点和基本原则 .....              | ( 9 )  |
| 第二节 PHC的内容 .....                   | ( 10 ) |
| 第三节 我国PHC工作的特点 .....               | ( 11 ) |
| 第三章 农村实现“2000年人人享有卫生保健”的指标体系 ..... | ( 14 ) |
| 第一节 我国农村实现HFA目标的最低标准和分段达标构想 .....  | ( 14 ) |
| 第二节 制订指标体系的原则和依据 .....             | ( 15 ) |
| 第三节 指标体系的基本内容 .....                | ( 16 ) |
| 第四节 指标体系的建设程序 .....                | ( 17 ) |
| 第四章 初级卫生保健工作的组织领导 .....            | ( 18 ) |
| 第一节 加强PHC组织领导的意义和任务 .....          | ( 18 ) |
| 第二节 农村PHC组织机构 .....                | ( 19 ) |
| 第三节 农村各级PHC组织机构的职责 .....           | ( 20 ) |
| 第五章 规划目标与制定规划 .....                | ( 22 ) |
| 第一节 规划目标与制定规划的任务和内容 .....          | ( 22 ) |
| 第二节 制定规划的方法与步骤 .....               | ( 23 ) |
| 第三节 制定规划的注意事项 .....                | ( 24 ) |
| 第六章 农村三级医疗预防保健网 .....              | ( 26 ) |
| 第一节 三级医疗预防保健网的建设原则与指导思想 .....      | ( 26 ) |
| 第二节 三级医疗预防保健网的主要职责 .....           | ( 27 ) |
| 第三节 三级医疗预防保健网的建设重点 .....           | ( 28 ) |
| 第七章 农村医疗保健制度 .....                 | ( 30 ) |
| 第一节 我国农村医疗保健制度的发展 .....            | ( 30 ) |
| 第二节 合作医疗保健制度 .....                 | ( 31 ) |
| 第三节 其他形式的农村医疗保健制度 .....            | ( 33 ) |
| 第四节 农村医疗保健制度的评价 .....              | ( 34 ) |
| 第八章 农村卫生技术队伍建设 .....               | ( 36 ) |
| 第一节 农村卫生技术队伍建设的意义及现状分析 .....       | ( 36 ) |
| 第二节 农村卫生技术队伍的建设目标 .....            | ( 37 ) |
| 第三节 农村卫生技术队伍建设的政策和措施 .....         | ( 38 ) |

|                             |        |
|-----------------------------|--------|
| 第九章 初级卫生保健的情报信息管理 .....     | ( 40 ) |
| 第一节 建立PHC情报信息系统的意义和内容 ..... | ( 40 ) |
| 第二节 农村卫生情报信息机构 .....        | ( 41 ) |
| 第三节 情报信息工作的评价 .....         | ( 42 ) |
| 第十章 初级卫生保健评价 .....          | ( 43 ) |
| 第一节 PHC评价的概念 .....          | ( 43 ) |
| 第二节 PHC评价方法 .....           | ( 44 ) |
| 第三节 PHC评价内容和依据 .....        | ( 45 ) |
| 第四节 PHC评价的结论 .....          | ( 47 ) |

## 下 篇 初级卫生保健实践

|                        |         |
|------------------------|---------|
| 第一章 农村健康教育 .....       | ( 48 )  |
| 第二章 村卫生室建设和管理 .....    | ( 56 )  |
| 第三章 农村改水 .....         | ( 61 )  |
| 第四章 农村改厕和粪管工作 .....    | ( 67 )  |
| 第五章 村镇居民点规划和住宅卫生 ..... | ( 73 )  |
| 第六章 农村消毒、杀虫、灭鼠 .....   | ( 78 )  |
| 第七章 营养卫生 .....         | ( 86 )  |
| 第八章 食品卫生管理 .....       | ( 94 )  |
| 第九章 农村儿童保健与优生 .....    | ( 101 ) |
| 第十章 学校卫生 .....         | ( 109 ) |
| 第十一章 妇女保健与优生 .....     | ( 116 ) |
| 第十二章 计划生育宣传及技术指导 ..... | ( 124 ) |
| 第十三章 预防接种和计划免疫 .....   | ( 130 ) |
| 第十四章 传染病管理 .....       | ( 136 ) |
| 第十五章 疾病监测 .....        | ( 143 ) |
| 第十六章 地方病防治 .....       | ( 151 ) |
| 第十七章 乡镇企业劳动卫生 .....    | ( 160 ) |
| 第十八章 社区康复 .....        | ( 167 ) |
| 第十九章 社区精神卫生 .....      | ( 171 ) |
| 第二十章 社区口腔保健 .....      | ( 176 ) |
| 第二十一章 社区老年保健 .....     | ( 182 ) |
| 第二十二章 家庭保健 .....       | ( 187 ) |
| 《初级卫生保健》教材实施意见 .....   | ( 194 ) |

### 附 录

|                                          |         |
|------------------------------------------|---------|
| 一、阿拉木图宣言 .....                           | ( 196 ) |
| 二、中国农村实现“2000年人人享有卫生保健”普及阶段指标及评价指标 ..... | ( 198 ) |
| 三、评价指标解释和计算方法 .....                      | ( 202 ) |

# 上 篇      初级卫生保健基本理论

## 第一章 绪 论

1977年第30届世界卫生大会提出了“2000年人人享有卫生保健”(Health for all by the year 2000, 简称HFA/2000)的战略目标。1978年9月世界卫生组织(WHO)和联合国儿童基金会联合在前苏联阿拉木图召开的国际初级卫生保健会议上发表的《阿拉木图宣言》中,明确提出“初级卫生保健(Primary Health Care, 简称PHC)是实现这一战略目标的基本途径和关键”。此后,初级卫生保健成为世界各国开展卫生工作的指导原则和方向。近十年来,我国政府已经采取有力措施,促使“HFA”目标的实现。经过世界各国15年的实践和探索,极大地丰富了PHC的内涵,拓宽了外延。《初级卫生保健》作为一门新兴学科应运而生。医学院校的学生和在职卫生人员都应认真学习这方面知识,以掌握其基本理论和基本技能,为在我国实现“HFA/2000”这一战略目标作出贡献。

### 第一节      PHC的定义、研究对象和任务

#### 一、HFA的概念

1977年世界卫生组织(WHO)在第30届世界卫生大会决议中指出:“到2000年使世界上所有的人都达到在社会和经济生活两方面富有成效的那种健康水平”。那就是所有人民都能够有成效地进行工作、学习,能够积极参加所在社区的社会生活。

HFA不是指到2000年医务人员将为世界上每一个人治疗其全部已有的疾病,也不是指到2000年就不再有人生病或成为残疾、它指的是:

- 1、健康是从家庭、学校和工厂开始的;
- 2、人们将运用比现在更好的办法去预防疾病,减轻不可避免的疾病和伤残的痛苦,并且通过更好的途径进入成年、老年,于恬静温馨中告别人世。
- 3、在居民中均匀地分配卫生资源;
- 4、使所有个人和家庭在能接受和能提供的范围内,通过其充分参与,将享受到基本卫生保健;
- 5、它还指人们将懂得自己有能力摆脱可以避免的疾病桎梏,来创造自己及其家庭的生活,并明白疾病不是不可避免的。

世界卫生组织的《组织法》规定该组织的目标是“使全世界人民达到最高可能的健康水平”。这里强调的“最高可能”,是要使不同国家都按照自己的社会和经济能力尽力改善其人民的健康状况。所以不是一个单一的、有限的目标,而是一个使人民健康逐步改善的过程,它是一个恒久性的目标。

#### 二、PHC的定义

(一)最初定义 1978年国际PHC大会发表的《阿拉木图宣言》对PHC的最初定义是:PHC是基于切实可行、学术上可靠而又受社会欢迎的方法和技术,它通过群众个人及家庭的参与,并在本着自力更生及自觉精神而发展的各个阶段上群众及国家能以维持的费用而达到普及所有人等。它既是国家卫生体制的一个组成部分、一个功能的中心和活动的焦点,也是群众社会及经济总体发展的一个组成部分。它是个人、家庭、群众与国家保健系统接触的第一环,能使卫生保健尽可能接近于人民居住及工作场所;它还是卫生保健进程的首要步骤。

根据PHC的最初定义,可以简要地归纳成以下五个基本概念:

- 1、根据居民的需要提供卫生保健,其覆盖面应达到全世界所有人口,它是人人必不可少的卫生保健,并都能得到和乐于接受的、能体现人人可以获得健康的基本权利。
- 2、服务内容应包括增进健康、预防、治疗和康复。
- 3、服务方法应该是有效的,文化上可接受,经济上负担得起,管理上能控制的。
- 4、服务过程中,社区及个人必须共同参与,以便促进自力更生,减少依赖性。
- 5、要达到健康的途径应与各部门的协调和合作。

(二)简明定义 我国卫生部文件给PHC的简明定义是:PHC是指最基本的、人人都能得到的、体现社会平等权利的、人民群众和政府都能负担得起的卫生保健服务。

把上述PHC的定义分解开来,包含下面四层意思:

- 1、就国家而言,实施PHC是政府的职责、社会的职责、是体现为人民服务宗旨的重要方面;
- 2、就人民而言,人人都有权享受PHC,人人又都有义务参与PHC,并为PHC作贡献;
- 3、就卫生工作而言,实施PHC是为全体居民提供最基本的卫生保健服务,以保障与增进人民健康,提高全民族的身体素质。
- 4、就社会经济发展而言,实施PHC是社会经济发展全面发展的组成部分,是社会精神文明建设的重要内容。

基于上述定义和概念,可以使人们深刻认识到PHC是面向全社会的,对任何人都是平等的,它体现了社会的公正。PHC是保证全人类获得较高水平的健康的关键。PHC工作的开展,进一步明确了卫生保健的方向,它面向社会、面向基层,为个人和家庭服务,集中代表了广大人民的切身利益。PHC与社会经济发展互相促进,它使人民健康水平得到提高,从而促进社会经济的发展,而PHC要随着社会经济的发展而发展。

### 三、PHC研究对象和任务

PHC的任务是研究实现“HFA”目标的基本途径和策略,提出影响人群健康的主要卫生保健问题,从而利用和改善各种条件,采取相应的卫生措施,为全体居民提供最基本的卫生保健服务,以保障和增进人民健康,提高全民族的身体素质。其具体任务包括四个方面:

- ①增进健康:包括健康教育、保护环境、合理营养、饮用安全卫生水、改善卫生设施、开展体育锻炼、促进心理卫生、养成良好行为和生活方式等。
- ②预防保健:采取积极有效措施预防各种疾病的发生、发展和流行。
- ③早期治疗:及早发现病人,在发病初期对疾病实施有效的治疗,促使早日治愈;
- ④康复服务:对丧失了正常功能或功能上有缺陷的残疾者,通过对医学的、教育的、职业的和社会的措施,尽量恢复其功能,使他们重新获得正常的生活、学

习和参加社会活动的能力。

PHC是当今世界各国普遍关注的一件大事,无论是发展中国家还是发达国家,都把实施PHC作为国家文明进步的标志。PHC是人民群众劳动和生活所必需的基本卫生保健服务,这种服务如同必要的物质生活保障、文化、教育需求一样,是人民群众的基本生活需要,并且在经济上是负担得起的。满足这种基本需要,对于促进生产发展、人民幸福,具有极为现实的意义。

## 第二节 HFA产生背景与我国卫生工作方针

### 一、HFA产生背景

第二次世界大战后,联合国从50年代到70年代,先后提出两个“发展十年”计划。目的是为了缩小富国与穷国的差距,以为通过单纯发展经济能够缩小鸿沟,结果以失败告终。到了70年代,富国与穷国的差距不但没有缩小,反而越来越大。一方面,长期处于贫困状态的不发达国家和发展中国家,贫穷病、社会病威胁着人群的健康和生命;大约有10亿人口生活在恶劣的环境中,得不到安全用水;15亿人口得不到最基本的环境卫生设施,妇女在孕产期得不到必要的保健服务,每年出生的1亿婴儿中,90%得不到免疫接种,婴儿死亡率达100~200‰以上,每人每天热量供应在8.36兆焦耳(2000千卡)左右,人民处于贫病交加之中;另一方面,在发达国家,由于营养过剩和诸多社会心理因素,心脑血管疾病的死亡占全部死因的50%,癌症占20%,意外死亡占10%,精神病、酒精中毒、滥用毒品、性传播性疾病不断上升,环境污染、热量过剩,每人每天享受高热量供应达12.54兆焦耳(3400千卡),卫生状况和社会经济状况的巨大差异,使发达国家寿命已达72岁,1~5岁儿童死亡率为1‰;而发展中国家人均期望寿命只有55岁左右,1~5岁儿童死亡率达20‰。

卫生状况的巨大差异与卫生资源缺乏和配制失衡有直接关系。大多数国家的卫生资源主要集中在城市,发展中国家大约60%的人口得不到任何有效的卫生保健服务。

20年失败的教训使人们逐渐明白了这样一个道理:靠牺牲民众教育、劳动保护、社会服务、医疗卫生、生态环境等社会进步因素而求得经济指标上升的增长第一战略,其结果是令人失望的。穷人素质差,健康水平和教育水平低,严重妨碍了社会经济的发展。因此要想求得社会经济的发展必须重视与人的因素有关的自变量(智力、体力等)和生态变量(人口、环境等)。

1975年WHO总干事马勒博士来到我国考察,看到我国卫生保健工作在较短的时间内取得很大成绩,特别是广大农民获得了较好的卫生保健服务,健康水平明显提高。他十分赞赏和肯定中国把医疗卫生工作重点放在农村,着眼于大多数人,实行“预防为主,防治结合”方针,建立县、乡、村三级医疗卫生网,实行合作医疗,培养赤脚医生的做法和经验。并且认为中国的卫生工作经验可以为大多数发展中国家所借鉴。马勒从中国的宝贵经验中受到很大启发,结合当时国际的社会经济和卫生状况,以及社会医学和卫生学发展理论的影响,从而提出了“HFA”的设想。这一设想在1977年5月第30届世界卫生大会上形成决议,使得“HFA”成为各国政府和WHO在本世纪内的主要卫生目标。

### 二、我国PHC取得的成就

我国开展PHC已有几十年的历史。过去,我们一直倡导的农村卫生、基层卫生、大众卫

生，实际上就是早期的PHC。

中华人民共和国成立后，党和政府制定了“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”的卫生工作方针，并把卫生工作的重点放在农村。不仅致力于发展医疗卫生事业，建立健全医疗卫生组织，培训医疗卫生人员，解决广大农村缺医少药的问题，而且坚持动员群众，广泛开展爱国卫生运动，一个以讲卫生光荣，不讲卫生可耻的社会新风尚逐渐形成，人民健康水平不断提高。许多国际友人称赞说：“中国是PHC的故乡”。

四十多年来我国卫生保健的主要成就可归纳为以下三个方面：

（一）依靠国家、集体和农民群众的共同努力，在全国范围内逐步建立起县、乡、村三级医疗预防保健网，培养了一支能够坚持同农民相结合、为农民服务的医疗卫生队伍，逐步改变了拥有九亿人口的广大农村严重缺医少药的落后状况。

截止1989年底，全国县、乡两级农村医疗卫生机构已从1949年的1300所，发展到112304所，增长86.3倍；病床由20000张发展到135万张，增长60.5倍；卫生技术人员由32.82万人发展到201.86万人，增长5.1倍。除此之外，我们还培养造就了一支数以百万计的具有中国特色的乡村医生队伍。他们生长在农村，工作在本乡本土，扎根于农民群众之中，活跃在农村卫生工作最前线，是开展农村PHC的最基本的依靠力量。

（二）坚持了开展以除害灭病为中心的群众性爱国卫生运动，农村环境卫生、饮水卫生、营养卫生状况有了较大改善。农村改水受益人口已占农村人口的70%，逐步改变了疾病猖獗流行的状况，许多危害人民最严重的传染病、地方病和营养不良性疾病得到了有效的控制。全国传染病报告发病率已从60年代初期3200/10万下降到1989年的338/10万；死亡率由20/10万下降到0.76/10万。在传染病中，下降最明显的是实行计划免疫控制的疾病。

（三）由于农村医疗卫生条件的改善和生活水平的提高，使得农村居民的健康状况有了显著改善，人口死亡率尤其是婴儿死亡率持续下降，平均期望寿命显著提高。全国人口总死亡率已由1949年的20‰下降到1989年的6.5‰。中华人民共和国成立前，我国农村的婴儿死亡率高达250‰以上，孕产妇死亡率15‰以上，现在婴儿死亡率已降至35‰，孕产妇死亡率降低到1‰左右。全国人口平均期望寿命，已由中华人民共和国成立前的35岁提高到69岁，女性已超过70岁，超过发展中国家的平均水平。

上述情况表明，四十年来在党和国家卫生工作方针指引下，我国在农村卫生和PHC方面所取得的成就是令人鼓舞的，这是党和政府正确领导的结果。

### 三、我国新时期的卫生工作方针

1991年第七届全国人民代表大会第四次会议通过的《中华人民共和国国民经济和社会发展十年规划和第八个五年计划纲要》明确规定了我国新时期卫生工作方针，即“贯彻预防为主、依靠科技进步、动员全社会参与、中西医并重、为人民健康服务的方针，同时把医疗卫生工作的重点放在农村”。这一方针是五十年代制定的卫生工作“四大方针”的继承和发展。

（一）原“面向工农兵”方针，主要是指明社会主义卫生事业的宗旨，解决为什么人的问题。工农兵构成了我国人口的绝大多数。所以这一方针体现了卫生工作为绝大多数人服务的特点。新方针采用“为人民健康服务”的表述，其基本精神与当年的“面向工农兵”是一致的，而且消除了原方针的某些历史痕迹。

（二）原“预防为主”方针，在新方针中的表述不变。以服务大众为前提，主动地发动

群众与疾病作斗争，这种主动的斗争必然是以预防为主。所以预防为主这一方针，是完全正确、必须继续坚持的。

(三)原“团结中西医”方针，主要是指明我国医学发展的道路。当时“团结中西医”的着眼点主要是中西医两支队伍的合作问题。在新形势下，中医、西医发展的主要矛盾不再是两支队伍的团结问题，而是两个不同理论体系的医药学如何取长补短、协调发展的问题，因而用“中西医并重”取代“团结中西医”，更有积极的内涵。

(四)原“卫生工作与群众运动相结合”的方针，体现了我党群众路线的基本精神，但考虑到“群众运动”带有突击性、战役性的特征，以不用为宜。卫生工作需要各级政府加强组织领导，有关部门密切配合，全体公民共同出力，需要通过科学管理、健全法制、调动全社会力量，持久地为人人健康而奋斗。因此，改用“动员全社会参与”，更能反映卫生工作的社会性，更能增强社会全体成员的参与意识和责任感。

(五)“依靠科技进步”是原“四大方针”的新发展。卫生部门是知识、技术密集型部门，在卫生工作中，医学科技的先导和依托功能，将越来越显示其强大威力。科技进步的基础是人才素质，必然要求医学教育的相应发展与提高，人才培养是科技进步的题中应有之义。五十年代国民经济恢复时期，经济与技术活动基本上是粗放型的，当时制订卫生工作方针，未明确提及科技问题是完全可以理解的。如今把“依靠科技进步”纳入卫生工作基本方针，适应时代的特征，合乎卫生发展的趋势。

新时期卫生工作方针是开展我国PHC工作的指导方针。

### 第三节 PHC课程内容和学习意义

#### 一、PHC课程内容

PHC是一门新课程，其任务是研究PHC基本理论，探讨在实施过程中的影响因素，发展规律，以期促进人人享有卫生保健的目标的早日实现。其主要内容有：

(一)PHC的基本理论 主要研究PHC的起源和发展；PHC的原则、内容及指标体系；医疗保健网及PHC队伍的建设；医疗保健制度、健康教育对PHC的作用等。

(二)PHC的实施过程 以《中国农村实现“2000年人人享有卫生保健”普及阶段目标》13项指标为主线，研究PHC的规划与实施步骤，以PHC的基本理论指导实践。

(三)PHC的管理理论 从管理学角度，对PHC的实施过程进行研究。

#### 二、PHC与相关课程的关系

##### (一)PHC与预防医学的关系

两者之间既有联系又有区别。

##### 1、两门课程之间的联系

(1)预防为主的观点是两门学科共同的思想基础。

(2)PHC课程的不少内容与预防医学有重叠，是预防医学的理论在初级卫生保健实践中的具体应用。

(3)PHC的不少评价考核内容属于预防医学的任务。

(4)PHC的研究方法借用了一些预防医学的研究方法。

##### 2、两者区别

(1) 预防医学侧重从理论上研究环境因素与健康的关系, 即重视病因探讨, 而 PHC 注重从实践中研究问题, 重视研究保护健康的措施。

(2) 预防医学是现代医学的一个重要组成部份, 而 PHC 则是一门跨学科的新学科, 其领域涉及经济、政治、文化等方面。

(3) PHC 是为“2000 年人人享有卫生保健”全球战略服务的, 是人类医学时代到来的标志, 而预防医学是群体医学的产物。

(4) PHC 包括了治疗、预防、康复、教育等四层内容, 而预防医学则重在预防。

## (二) PHC 与社会医学的关系。

PHC 课程与社会医学的关系极为密切, 一般社会医学专著都对 PHC 有专门章节论述。两者的主要区别是: PHC 不研究健康与社会行为因素的社会病因学, 而重点将社会医学的理论用于 PHC 实践, 制定卫生政策和实施规划。

## (三) PHC 与卫生管理学的关系。

两者的研究内容和方法有很多相同之处, PHC 的实施过程, 实际上就是一个对 PHC 进行管理的过程。卫生管理从宏观角度研究卫生工作中的管理问题, 因此, 研究范围较广, 而 PHC 是研究与 PHC 实施有关的内容, 研究范围较窄。

## (四) PHC 与临床医学之间的关系。

两者相互促进, 共同发展。

临床医学具有很强的实践性, 在 PHC 的实施过程中临床医学占有重要地位。“人人享有卫生保健”包括人人享有预防保健服务和医疗保健服务两个方面。因此, 作为 PHC 核心的三级医疗预防保健网的建立, 都是以医疗单位为中心, 而具备医疗和预防两大功能。从事 PHC 服务的人员, 特别是第一级人员需要具备一定的临床医学知识, 能够处理一般的常见病、多发病, 并能对一些急、难、危、重病人进行初步处理及转诊。在一些发达的西方国家, PHC 的很大一部分工作是由通科医生 (或家庭医生) 来完成的。

## 二、学习 PHC 的意义

医学院校组织学生学习 PHC 理论, 参与 PHC 实践, 目的是使医学教育能够适应医学模式的转变, 增强学生预防为主意识, 树立社会大卫生观念, 培养学生为社区人民健康服务的献身精神和开展社区保健工作的能力, 使学生毕业后能更好地适应城乡 PHC 工作。

(一) 适应医学模式的转变 模式是人们观察和解决问题的思想和行为方式, 人们可以照办的标准形式。医学模式是健康观和疾病观的一种高度哲学概括。

医学模式历来存在, 不断变化。历史上经历了神灵主义的医学模式、自然哲学的医学模式、机械论的医学模式、生物医学模式, 现今正在向生物—心理—社会医学模式演变。医学科学发展的历程大致经历个体医学 (临床医学为标志)、人群医学 (预防医学为标志) 和人类医学 (以 HFA 的战略目标提出为标志) 三个阶段。现代医学发展的一个重要转折点, 是从单纯的生物医学模式转变为生物—心理—社会医学模式, 这一转变对医学发展进程产生深刻影响。

1、生物—心理—社会医学模式把健康推到了一个新的战略高度, 认为健康是每个人的权利和义务, 维护健康是各级政府、各个部门的责任和义务, 要求社会每个部门、每个成员都要为健康作出努力。

2、新的医学模式要求预防医学从观念到实践都要扩大范围, 主要是由对自然因素的预

防护扩大到社会致病因素的预防；由生理预防扩大到心理预防；由预防疾病的发生，扩大到保护健康，促进长寿；由贫穷性疾病的预防，扩大到文明富裕性疾病的预防；由狭隘的“医疗技术”扩大到广义的社会预防。

3、新的医学模式要求临床医学改变传统的“看病不看人”的习惯，医务人员要了解病人的社会背景和心理特征，要认识到心理治疗是治疗的重要手段。总之，要把病人放在社会和家庭的位置上，充分考虑其心理和社会特点。

4、新的医学模式要求人们积极从多方面、多层次来防治疾病，以促进健康，提高生活质量。

医学模式的一系列转变，是社会发展的必然趋势。PHC是建立在社会、生物医学以及卫生服务研究成就的基础之上，根据当时当地群众中存在的主要卫生问题，相应提出治疗、预防、保健和康复服务，突出反映了生物—心理—社会医学模式发展的结果和必然趋势。

医学院校组织PHC教学，使学生学会对疾病的技术诊断和社会诊断，学会开药物处方和社会处方，学会研究群体的调查方法，理解防治疾病和增进健康，掌握全面有效服务的方法。学会社会健康教育，具备组织管理，信息沟通和发动群众的能力，懂得领导者的作用，了解卫生和社会发展的关系等，使教学与社会密切结合，为社会人群服务，以适应医学模式的转变。

（二）增强预防为主意识 预防为主是一种最主动，最经济，最有效地防治疾病，促进健康的手段。要使学生在PHC教学实践中，体会到预防医学在整个医疗卫生工作中的重要地位，不断强化预防为主的观念，积极地扩大预防，重视预防保健知识和技能的学习。

（三）树立社会大卫生观念 社会大卫生指的是卫生系统由封闭转为开放，卫生事业与社会经济的发展同步增长，做到“健康为人人，人人为健康”，社会各系统把健康和幸福作为共同的目标，各部门协同行动，朝着这一社会目标努力奋斗。

社会大卫生观念有五个基本观点：

1，卫生与社会发展的双向性作用 把卫生工作纳入社会经济发展的总体目标，使卫生事业与经济发展同步增长，维持社会生态平衡，推动社会发展。

2，卫生事业是公益性的福利事业 社会主义制度以生产资料公有制为基础，实行按劳分配，坚持走共同富裕的道路，这就决定了社会主义卫生事业基本属性是福利性的。但是，社会主义不等于全民福利，不等于“福利社会”。“人民卫生人民办，办好卫生为人民”，全社会都应关心和支持卫生事业，无论是政府还是每个公民都要对健康负责任。一方面，各级政府兴办一些全民所有制的卫生机构，为人民群众提供免费或收费低廉的服务；另一方面，人民群众在享受卫生服务时，也应当承担自己的社会责任和义务。因此，我国卫生事业既是福利性的，同时又是公益性的。

3，卫生工作的社会职能 卫生工作有可转化为社会生产力（属第三产业），保障基本人权，维护社会安定，促进社会主义物质文明和精神文明建设等社会职能。

4，卫生工作要面向“四个扩大”转变 即从治疗扩大到预防，从医院扩大到社区，从生理扩大到心理，从技术服务扩大到社会服务。

5，卫生保健系统有五个层次 这五个层次即自我保健，家庭保健，社会保健，国家保健和国际保健。

实行社会大卫生，树立上述五个基本观点，需在观念上，组织上进行一系列改革，克服

重治疗，轻预防；重高层，轻基层；重本（卫生）部门，轻其他部门；重城市，轻农村的“四重，四轻”现象。

（四）培养社区卫生服务能力 社区就是指由占有一定地域的人、集体组成的一个相对独立的社会区域（如我国城市的街道，农村的乡镇和行政村）。世界卫生组织认为，卫生服务必须贯彻“社会化”原则。所谓社区卫生服务即由卫生及相关部门向居民提供预防，医疗，康复，健康教育等一切卫生保健活动的总称，是HFA的工作方法，也是PHC的基础。医药卫生学校开展PHC教学，要以社区为中心，强调教学与社会环境的关系，注重实际能力的培养，树立为社区、农村服务的思想，使学生乐意在农村和社区工作，并具有一定的组织能力，防治水平和独立解决问题的能力。

愿中等卫校各专业的学生，通过学习PHC知识和参与PHC实践，能增强智慧和才干，为实现HFA贡献力量。

思考题

- 1， HFA的概念和含意是什么？
- 2， 什么是PHC？ PHC的研究对象和任务是什么？
- 3， 我国新时期的卫生工作方针是什么？你是怎样理解的？
- 4， 医学生为什么要学习PHC知识，参与PHC实践？

（绍兴卫生学校 朱家敏）